

.....
(Pieczęć placówki służby zdrowia)

.....
(miejsowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczące nauki w Liceum Ogólnokształcącym dla młodzieży z dysfunkcjami
w normie intelektualnej
w Zespole Szkół nr 6 w Rybniku, ul. Małachowskiego 145

.....
Nazwisko i imię

.....
PESEL

Adres:

Rozpoznanie schorzenia:

.....

.....

Badany może podjąć naukę w:

Liceum Ogólnokształcącym dla młodzieży z dysfunkcjami w normie intelektualnej

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczęć lekarza